**Medikamentengabe an der Mörikeschule**

Sehr geehrte Eltern,

wenn Ihr Kind bei uns an der Schule Medikamente regelmäßig nach Bedarf erhalten soll, benötigen wir von Ihnen

* eine aktuelle ärztliche Verordnung über die Dosierung und den Zeitpunkt der Medikamentengabe
* einen schriftlichen Auftrag von Ihnen, die Medikamentengabe durchzuführen.

Lesen Sie das Formular (siehe Anhang) bitte vom behandelnden Arzt Ihres Kindes ausfüllen und geben es dann unterschrieben an uns zurück.

Bitte beachten Sie, dass wir bei jeder Änderung der Medikamentengabe eine neue ärztliche Verordnung benötigen. Überprüfen Sie deshalb bitte regelmäßig, ob die von Ihnen gemachten Angaben (Medikamente, Dosierung) noch gültig bzw. auf dem aktuellen Stand sind.

Dieses Formblatt dient der Sicherheit Ihres Kindes, um beispielsweise Missverständnissen (z.B. hinsichtlich der Dosierung von Medikamenten) vorzubeugen. Wir bitten Sie daher um Ihr Verständnis für diese Regelung und Ihre Unterstützung und Mitwirkung.

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

K. Krieger

Komm. Schulleitung

**Medikamentenverabreichung an der Mörikeschule**

Name der Schülerin/des Schülers mit Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende unten aufgeführte Medikamente soll meinem Kind gegeben bzw. die Einnahme der Medikamente durch mein Kind überwacht werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name des Medikaments** | **Dosierung**  Uhrzeit  Menge | **Dosierung**  Uhrzeit  Menge | **Dosierung**  Uhrzeit  Menge | Zeitraum  Beginn/Ende der Verordnung | Name des Arztes | Datum | Unterschrift des Arztes |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Weitere Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N o t f a l l m e d i k a m e n t e:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anlass/Notfall** | **Name des Medikaments** | **Dosierung**  Menge, Anzahl, etc | Name des Arztes | Datum | Unterschrift Arzt |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Weitere Anmerkungen:** (z.B. nach welcher Zeit (Minuten) ein Notfallmedikament gegeben werden soll)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Hinweise:** (z.B. hinsichtlich der Einnahme der Medikamente – vor/während/nach dem Essen; Beschreibung der möglichen Notfälle – falls der Platz ausreichend sein sollte, bitte gesondertes Blatt verwenden)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_